

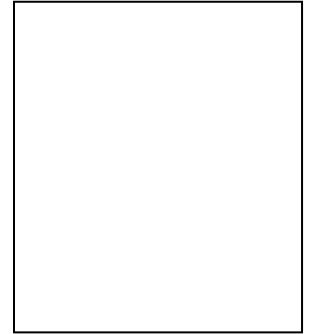


ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
THE ROYAL THAI COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS

ใบสมัครสอบ

เพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช

เลขที่ .....  
เลขที่สมาชิกของราชวิทยาลัยฯ.....  
เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ชื่อผู้สมัคร (ภาษาไทย)นายแพทย์,แพทย์หญิง.....อายุ.....ปี  
(ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์).....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมายเลขบัตรประชาชน ---

สัญชาติ.....สถานภาพ.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (บ้าน).....มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail.....

**ประวัติการศึกษา การปฏิบัติงาน และการฝึกอบรม**

จบแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อ พ.ศ.....จากสถาบัน.....

แพทย์ฝึกหัดที่.....ตั้งแต่.....ถึง.....

**การปฏิบัติงานหลังจากได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม**

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	ตั้งแต่	ถึง
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**การฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง**

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	ตั้งแต่	ถึง
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ปฏิบัติงานฝึกอบรมด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ตั้งแต่ปี พ.ศ.....โรงพยาบาล.....

ใบประกอบโรคศิลป์วิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

และได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาพร้อมคำขอนี้

[ ] ใบสมัครสอบฯ จำนวน ๑ ชุด

[ ] หนังสือรับรองจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง แสดงว่าสำเร็จหรือกำลังได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ของแพทยสภา จำนวน ๒ ชุด โดยเป็นฉบับจริง ๑ ชุดและสำเนา ๑ ชุด

[ ] สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน ๒ ชุด

[ ] สำเนาใบวุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติฯ สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จำนวน ๒ ชุด

[ ] รูปถ่ายภายในระยะเวลา ๖ เดือน ขนาด ๒ นิ้ว หรือ ๔x๖ เซนติเมตร จำนวน ๓ รูป

[ ] สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๒ ชุด

[ ] สำเนาการเปลี่ยนแปลงชื่อและนามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๒ ชุด

[ ] หนังสือรับรองความประพฤติจากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง จำนวน ๒ ชุด โดยเป็นฉบับจริง ๑ ชุด และสำเนา ๑ ชุด

ข้าพเจ้าขอสมัครสอบเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรม ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและเอกสารที่ยื่นในวันนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้ขอ.....

(.....)

วันที่.....ยื่นใบสมัคร

**หมายเหตุ** ๑. สำเนาใบสมัคร ๑ ชุด

๒. เอกสารที่เป็นสำเนาให้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

๓. ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบจำนวนเงิน ๑๕,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

โอนเข้าบัญชี : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

บัญชีออมทรัพย์ : เลขที่ ๐๔๑-๑-๒๘๕๙๒-๐

ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่

๔. ติดต่อยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานภายในวันที่ **๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘**

ที่สำนักงานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น ๘ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๕ โทรสาร : ๐-๒๗๑๖-๕๗๒๐ E-mail : sc-rtcog@rtcog.or.th